**豊中市重度身体障害者訪問入浴介助サービス事業運営変更届**

年　　　月　　　日

豊中市長　様

申込者 所在地

名　称

代表者職・名前

電話番号

豊中市重度身体障害者訪問入浴介助サービス事業の運営について、次のとおり変更したので、届け出ます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請内容を変更した事業所 | | | 名　称： | |
| 所在地： | |
| 変更があった事項（※１） | | | | 変更の内容（※２・３） |
|  | １ | 事業者の主たる事務所の所在地 | | （変更前） |
|  | ２ | 事業者の代表者の職・氏名及び住所 | |
|  | ３ | 事業所の名称 | |
|  | ４ | 事業所の所在地 | |
|  | ５ | 事業所の建物の構造等 | |
|  | ６ | 事業所の管理者の氏名及び住所 | | （変更後） |
|  | ７ | その他、管理者に関すること | |
|  | ８ | サービス提供責任者の氏名及び住所 | |
|  | ９ | 従業者の職種及び員数 | |
|  | 10 | 従業者の勤務体制及び勤務形態 | |
|  | 11 | その他、従業者に関すること | | （変更理由等） |
|  | 12 | 運営規程 | |
|  | 13 | 主な掲示事項 | |
|  | 14 | その他 | |
| 変更（予定）年月日 | | | | 年　　　　月　　　　日 |

※１　該当番号の左欄に〇を付してください

※２　変更内容の記載に当たって欄が不足するときは、別紙を添付してください

※３　変更内容がわかる書類を添付してください